

Tendência das internações hospitalares por complicações de aborto no Maranhão

Hayla Nunes da Conceição*
Sara Ferreira Coelho*
Malvina Thais Pacheco Rodrigues*
Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas*
Alberto Pereira Madeiro*/**

Resumo

A prática abortiva insegura coloca em risco a saúde da mulher, sendo importante causa de morbimortalidade materna. Assim, pesquisas sobre o aborto são relevantes para subsidiar a articulação de aspectos relacionados à saúde reprodutiva da mulher e à redução da mortalidade materna relacionada a esta causa. O objetivo desse estudo foi avaliar a tendência das internações hospitalares por complicações de aborto no Maranhão. Realizou-se estudo ecológico, de série temporal, utilizando dados de internações por complicações de aborto de mulheres de 10 a 49 anos no período de 2000 a 2014, no Maranhão. Os dados foram coletados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Empregou-se o método *Joinpoint* para a análise das tendências por regiões de saúde. Foram analisadas 103.825 internações por complicações de aborto, com aumento de 105% entre 2000 e 2014. A taxa de internação média em todo o período foi de 3,4 abortos por 1.000 mulheres. Observou-se tendência de aumento da taxa de internações em todo o estado, com exceção apenas da região de saúde São Luís que apresentou tendência de queda da taxa de internação. Investigações futuras, especialmente fora do ambiente hospitalar, devem ser realizadas para melhor conhecer a prática abortiva no estado.

Palavras-chave: Aborto. Hospitalização. Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Estudos de séries temporais.

INTRODUÇÃO

O aborto inseguro é definido como procedimento para interromper uma gravidez indesejada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente sem padrões sanitários adequados. Em países onde este procedimento não é uma prática permitida por lei, o aborto inseguro é importante causa de morbimortalidade de mulheres em idade reprodutiva, estando relacionado às condições inadequadas para a prática, ao estigma cultural e medo de

consequências legais ao procurar os serviços de saúde¹⁻³.

No Brasil, o aborto legal é permitido apenas em gestações resultantes de estupro, casos de gravidez de fetos anencéfalos e quando a gestação apresenta risco para a saúde materna, sendo realizado em serviços de saúde após avaliação da equipe multiprofissional^{4,5}. A ilegalidade da prática abortiva no Brasil não tem levado à redução no número de abortos, mas apresenta relação

DOI: 10.15343/0104-7809.202145348355

* Universidade Federal do Piauí-UFPI. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade. Teresina-Piauí-Brasil.

**Universidade Estadual do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil.

E-mail: haylanunes_cx@hotmail.com

com as altas taxas de aborto clandestino no país⁶. Entre 1992 e 2006 foram registradas 4.007.327 internações hospitalares por aborto no Brasil. Os abortos inseguros apresentaram média de 994.465 casos por ano, com coeficiente médio de 17,0 abortos por 1.000 mulheres em idade fértil e razão de 33,2 abortos inseguros por 100 nascidos vivos. Apesar da alta frequência, observou-se tendência de declínio na taxa de aborto inseguro no país nesse período⁷.

O declínio na taxa de internação por aborto está relacionado ao aumento do uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, à redução do número de gestações indesejadas, bem como a utilização de métodos abortivos mais seguros, como o misoprostol, que se associam à redução da morbidade pós-aborto^{6,8}. Em 2016, a Pesquisa Nacional do Aborto, realizada no Brasil por meio de levantamento domiciliar, demonstrou que 13% das mulheres entre 18 e 39 anos

já haviam realizado ao menos um aborto e que, aos 40 anos, cerca de uma a cada cinco mulheres já tinham interrompido a gravidez⁹. O número de abortos não ocorre de maneira homogênea em todos os grupos sociais, com taxas mais elevadas entre mulheres pardas/pretas, com baixas escolaridade e renda. Além disso, há diferença entre as diversas regiões do país, tendo as regiões Norte, Nordeste e Sudeste sido apontadas como as que apresentam coeficientes de aborto mais elevados^{9,10}.

As pesquisas sobre o aborto permeiam questões relacionadas à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, sendo fundamentais para subsidiar a articulação de aspectos relacionados à saúde reprodutiva da mulher e a redução da mortalidade materna relacionada a esta causa^{3,11}. Assim, esse estudo tem como objetivo avaliar a tendência de internações hospitalares por complicações de aborto no Maranhão, no período de 2000 a 2014.

MÉTODOS

Trata-se de estudo ecológico, de série temporal, utilizando banco de dados secundários de internações por complicação de aborto no Maranhão, no período de 2000 a 2014.

O estado do Maranhão apresenta 19 regiões de saúde (RS), 8 macrorregiões e 217 municípios. O número de municípios e o percentual de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) por região de saúde, respectivamente são: Açailândia (8; 30,1%), Bacabal (11; 30,8%), Balsas (14; 30,1%), Barra do Corda (6; 29,6%), Caxias (7; 30,5%), Chapadinha (13; 29,5%), Codó (6; 30,3%), Imperatriz (15; 32,1%), Itapecuru Mirim (14; 30,2%), Pedreiras (13; 30,9%), Pinheiro (17; 30,0%), Presidente Dutra (16; 30,3%), Rosário (12; 29,3%), Santa Inês (13;

30,0%), São João dos Patos (15; 30,0%), São Luís (5; 36,0%), Timon (4; 31,5%), Viana (11; 30,3%) e Zé Doca (17; 30,1%)¹².

Os dados de internação por aborto foram coletados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e as informações populacionais referentes ao número de mulheres em idade fértil foram obtidas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para as causas de internação por aborto e suas complicações utilizou-se a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério. Utilizaram-se os CIDs O00-008, que correspondem à gravidez que terminou em aborto.

Para o cálculo da taxa de internação por aborto, dividiu-se o número de internações por aborto pelo número de mulheres em idade fértil e multiplicou-se esse quociente por 1.000. Calculou-se a taxa de internação por aborto para o estado e regiões de saúde. Para a análise das tendências temporais das taxas de internação por aborto foi utilizado o método *Joinpoint*, com cálculo da variação percentual anual (VPA) e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), por meio do programa SPSS, versão 18.0. Considerou-se que ocorreu aumento na taxa de internação quando a tendência foi de crescimento e o

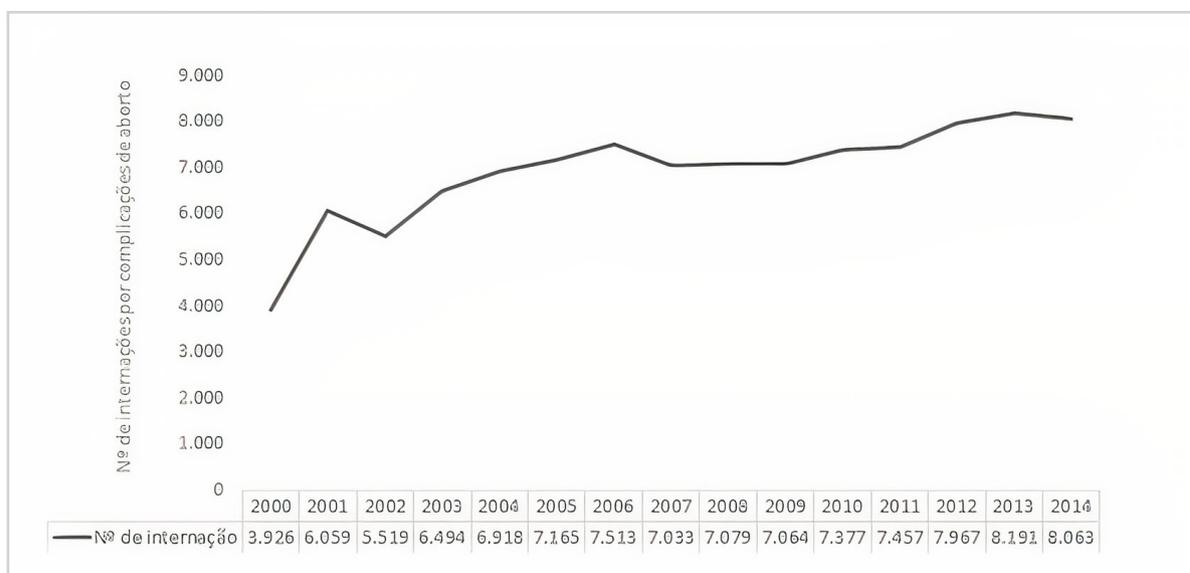
valor mínimo do IC95% foi maior que zero. Em contrapartida, adotou-se que ocorreu declínio da taxa de internação quando a tendência foi de redução e o valor máximo do IC95% foi menor que zero. Por fim, a estabilidade foi definida quando o IC95%, independente da tendência, incluiu o valor zero¹³.

Por se tratar de pesquisa que utiliza informações de acesso público, não houve necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução N^o 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde¹⁴.

RESULTADOS

Entre 2000 e 2014 foram registradas 103.825 internações de mulheres por complicação de aborto no Maranhão.

Houve aumento de 105% no número de internações (3.926 em 2000 para 8.063 em 2014) no período analisado (Gráfico 1).



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/ SUS¹⁵.

Gráfico 1 – Número de internações por complicação de aborto. Maranhão, 2000-2014.

As taxas de internação por complicações de aborto no Maranhão são mostradas na Tabela 1. Considerando o total das regiões de saúde, a maior taxa foi observada no último triênio (2012-2014), correspondendo a 3,7

internações por 1.000 mulheres em idade reprodutiva. A RS de São Luís apresentou as maiores taxas em todos os triênios em relação às demais regiões de saúde do estado.

Tabela 1 – Taxas de internações por complicações de aborto, por triênio e por região de saúde. Maranhão, 2000-2014.

Região de Saúde	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2011	2012-2014
Todas	2,8	3,6	3,6	3,5	3,7
Açailândia	1,1	1,5	3,3	2,5	2,5
Bacabal	0,6	0,9	2,4	4,6	4,2
Balsas	1,6	1,3	1,1	1,1	1,4
Barra do Corda	0,6	0,2	0,8	3,5	4,3
Caxias	0,1	3,7	4,8	4,4	4,9
Chapadinha	2,3	3,5	3,6	3,2	3,2
Codó	3,5	5,2	5,2	4,5	4,2
Imperatriz	0,5	1	0,8	2,7	5,4
Itapecuru Mirim	1,3	2,1	1,4	1,9	2,5
Pedreiras	1	1,2	2,4	2,9	3,1
Pinheiro	1,8	1,1	3	3,3	3
Presidente Dutra	1,9	1,8	2,3	2,4	2,2
Rosário	1,4	0,9	1,1	1,6	1,9
Santa Inês	0,7	2,3	3	3,3	3
São João dos Patos	2	2	2,3	1,7	2,5
São Luís	7,9	9,1	7,7	5,8	5,3
Timon	1,1	2,8	2,7	2,1	4
Viana	2,1	2,3	1,6	2,2	2,5
Zé Doca	0,5	0,5	0,7	1,9	2,3

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/ SUS¹⁵.

Verificou-se tendência de aumento da taxa de internação por complicações de aborto quando consideradas todas as regiões de saúde (VPA=+1,52; IC95% 0,26 a 2,79), exceto São Luís (VPA=-4,37; IC95% -6,39 a -2,29), que apresentou tendência de

redução. As maiores taxas foram observadas em Bacabal (VPA=+15,25; IC95% 6,42 a 24,82), Barra do Corda (VPA=+17,72; IC95% 10,85 a 25,02), Caxias (VPA=+3,91; IC95% -1,62 a 9,76) e Imperatriz (VPA=+21,79; IC95% 16,15 a 27,72) (Tabela 2).

Tabela 2 – Tendências das taxas de internação por complicações de aborto, de acordo com as regiões de saúde. Maranhão, 2000-2014.

Região de Saúde	Taxa – 2000	Taxa – 2014	VPA (%)	IC95%	Tendência
Todas	2,19	3,67	+1,52*	(0,26 a 2,79)	Aumento
Açailândia	2,13	2,83	+2,01	(-4,51 a 8,98)	Estabilidade
Bacabal	0,49	4,38	+15,25*	(6,42 a 24,82)	Aumento
Balsas	1,28	1,81	+0,05	(-3,86 a 3,90)	Estabilidade
Barra do Corda	0,55	4,60	+17,72*	(10,85 a 25,02)	Aumento
Caxias	0,14	5,17	+3,91	(-1,62 a 9,76)	Estabilidade
Chapadinha	2,22	3,14	+1,14	(-1,06 a 3,38)	Estabilidade
Codó	2,12	4,57	+0,08	(-2,73 a 2,97)	Estabilidade
Imperatriz	0,70	5,64	+21,79*	(16,15 a 27,72)	Aumento
Itapecuru Mirim	1,14	2,53	+3,96*	(0,37 a 7,68)	Aumento
Pedreiras	0,52	3,19	+9,70*	(5,49 a 14,09)	Aumento
Pinheiro	2,23	3,21	+4,37*	(0,06 a 8,88)	Aumento
Presidente Dutra	1,28	2,65	+1,87	(-0,79 a 4,61)	Estabilidade
Rosário	1,48	2,09	+4,13*	(0,31 a 8,10)	Aumento
Santa Inês	0,44	2,65	+5,81*	(0,53 a 11,37)	Aumento
São João dos Patos	1,59	2,37	+0,88	(-1,99 a 3,84)	Estabilidade
São Luís	5,69	4,55	-4,37*	(-6,39 a -2,29)	Redução
Timon	0,79	4,58	+5,02	(-0,41 a 10,75)	Estabilidade
Viana	1,77	2,57	+1,14	(-1,20 a 3,53)	Estabilidade
Zé Doca	0,32	2,22	+15,79*	(10,53 a 21,31)	Aumento

VPA: variação percentual anual; IC95%: intervalo de confiança de 95%. *Significativamente diferente de 0% ($p < 0,05$).
Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/ SUS¹⁵.

DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta dados sobre internações por complicações de aborto no Maranhão e dimensiona sua magnitude como problema de saúde pública no estado. No período de 2000 a 2014, houve aumento no número absoluto e na taxa de internações por complicações de aborto quando consideradas todas as regiões de saúde, com exceção de São Luís, que concentra a maior parcela das mulheres em idade reprodutiva do estado.

Os resultados encontrados no Maranhão diferem dos dados nacionais. No Brasil, o número de internações relacionadas ao aborto vem apresentando tendência de declínio desde a década de 1990. Pesquisa sobre as internações

por aborto no período de 1992 a 2009 em todo o território brasileiro observou redução de 41% entre o primeiro e o último ano do estudo⁶. Embora a tendência de internações por aborto tenha declinado no Brasil, as regiões Norte e Nordeste ainda apresentam os maiores índices de aborto inseguro do país. O coeficiente de aborto inseguro por 1.000 mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos) foi de 17,0 no Brasil e de 21,6 na região Nordeste, no período de 1996 a 2012. Além disso, os estados da Paraíba e do Maranhão se destacaram por apresentar tendência crescente⁷.

A tendência de aumento nas taxas de internação, observada neste estudo,

pode ser decorrente de alguns fatores. Inicialmente, é preciso considerar a influência das características sociodemográficas predominantes na população e o acesso a métodos contraceptivos efetivos. Em condições socioeconômicas desfavoráveis, baixa escolaridade e acesso restrito à informação sobre planejamento familiar, as mulheres apresentam maior probabilidade de utilizar de maneira inadequada os métodos contraceptivos, com maior chance de experimentar gestação não planejada e, dessa forma, mais alta propensão à interrupção da gravidez^{16,17}. A região Nordeste, que compreende o estado do Maranhão, é a segunda região do Brasil com o menor número de mulheres em idade reprodutiva que fazem uso de métodos contraceptivos (29,4 % das mulheres na faixa etária entre 15 a 49 anos)¹⁸. É possível que, na RS São Luís, que compreende a capital maranhense, as mulheres tenham acesso mais fácil ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos se comparada às demais RS do estado, reduzindo assim o número de gestações indesejadas. As atividades de planejamento reprodutivo, quando desenvolvidas de forma adequada, podem possibilitar redução no número de gestações indesejadas e, conseqüentemente, de aborto e internações por complicações de aborto¹⁹.

Além disso, pode ter havido aumento na utilização de métodos abortivos mais efetivos²⁰. A substituição de antigas práticas, como o uso de chás, objetos perfurantes e substâncias abrasivas pelo uso do misoprostol, que é mais seguro e efetivo, tem levado à redução nas internações por complicações de aborto⁶. Pode-se supor que as mulheres da RS São Luís possam ter conseguido acesso mais facilitado ao misoprostol e, por isso, tenham apresentado tendência de decréscimo das internações, divergindo das demais RS. Desde a década de 1990, o misoprostol se destaca como o principal método abortivo utilizado no país¹⁹. A Pesquisa Nacional do Aborto evidenciou que

48% das mulheres fizeram uso de medicamento para induzir o aborto⁹, sendo o misoprostol o principal medicamento utilizado²¹. O uso dessa droga reduz as complicações por aborto e, como resultado, o número de internações⁹. Se a pressuposição do uso do misoprostol estiver correta, nas mulheres internadas houve falha da medicação em possibilitar esvaziamento uterino completo²². Sabe-se que o misoprostol adquirido ilegalmente pode não ter a dose correta ou mesmo a presença do princípio ativo. Além disso, a falta de orientações sobre o uso correto, incluindo sua dosagem e via de administração, diminui eficácia do medicamento²³. Outra possibilidade a ser aventada é o fato de algumas mulheres continuarem a usar métodos mais invasivos, seja por desconhecê-los, por não poderem pagar ou por não saberem como adquirir o misoprostol²⁴.

A estruturação dos serviços de aborto legal também pode ter contribuído para alterar as taxas de internações por complicações de aborto. A partir do ano 2000 houve surgimento de maior número dos serviços especializados para a interrupção da gravidez prevista em lei, em todo o país, para atender mulheres com gestações resultantes de estupro, de fetos anencéfalos ou aquelas que representam risco para a saúde materna. No Brasil, a localização desses serviços encontra-se predominantemente em capitais e grandes cidades, o que dificulta o acesso de mulheres com critérios para interromper a gestação legalmente²⁵. Um dossiê realizado sobre os serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros evidenciou que 37 hospitais públicos estão capacitados a realizar esse procedimento. No estado do Maranhão, o único serviço se encontra na capital do estado²⁶. É razoável argumentar que, mesmo nos casos com amparo legal, a inexistência de serviços nos municípios do interior pode ter contribuído para maior número internações por aborto inseguro. No Brasil, mulheres que

estão isentas de punição legal para interrupção da gravidez, ainda podem enfrentar barreiras pela invisibilidade dos serviços, por dificuldade de acesso e, ainda, por objeção de consciência dos profissionais de saúde^{25,27}.

Esse estudo apresenta algumas limitações. Os dados da pesquisa foram obtidos no SIH/SUS, que inclui todos os atendimentos públicos hospitalares, bem como os atendimentos prestados na rede privada que são reembolsados pelo Sistema Único de Saúde. Assim, o uso de dados secundários pode apresentar inconsistências tanto na quantidade como na qualidade das informações, uma vez que são utilizadas informações para a causa “aborto”,

mas que não compreende apenas as internações de complicações por aborto provocado. Além disso, devido ao estigma e ilegalidade do aborto no país, pode haver subregistro de internações por aborto, mesmo sendo esta a causa do atendimento. Conseqüentemente, esse método pode subestimar ou superestimar as informações analisadas. Por fim, os resultados dizem respeito apenas a mulheres que sofreram complicações e que necessitaram ser internadas no Sistema Único de Saúde por essa causa, não se sabendo sobre as mulheres que realizaram aborto clandestino em clínicas privadas ou que utilizaram medicações abortivas que não necessitaram de internações.

CONCLUSÃO

A taxa de internação por complicações de aborto foi elevada no Maranhão, com tendência de crescimento no período estudado, exceto na RS de São Luís. Os dados demonstram que um grande número de mulheres ainda necessita de internação hospitalar para finalização da prática abortiva no estado, evidenciando que as

necessidades reprodutivas dessas mulheres ainda não são atendidas de forma adequada. Outras investigações, especialmente fora do ambiente hospitalar, deveriam ser feitas para melhor conhecer a prática abortiva no estado e contribuir com a organização e qualificação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Prevention of unsafe abortion [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 14 jul 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
2. Calvert C, Owolabi OO, Yeung F, Pitroff R, Ganatra B, Tunçalp O, et al. The magnitude and severity of abortion-related morbidity in setting with limited access to abortion services: a systematic review and meta-regression. *BMJ Glob Health*. [Internet]. 2018 [citado 15 jul 2021]; 3(3):e000692. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000692>.
3. Gerds C, Vohra D, Ahern J. Measuring unsafe abortion-related mortality: a systematic review of the existing methods. *PLoS One*. [Internet]. 2013 [citado 03 jun 2019]; 8(1):e53346. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053346>.
4. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [citado 23 mai 2019]. Código Penal. Diário Oficial da União 1940. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 415, de 21 de maio de 2014. Inclui o procedimento interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília. [Internet]. 2014 [citado 03 jun 2019]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0415_21_05_2014.html.
6. Singh S, Monteiro MFG, Levin J. Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992–2009: why the decline in numbers and severity? *Int J Gynecol Obstet*. [Internet]. 2012 [citado 24 mai 2019]; 18(2):99-106. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60007-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60007-1).
7. Martins-Melo F, Lima MS, Alencar CH, Ramos Jr AN, Carvalho FHC, Machado MMT, et al. Tendência temporal e distribuição espacial

- do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2014 [citado 24 mai 2019]; 48(3):508-520. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004878>.
8. Ferguson I, Scott H. Systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of mifepristone and misoprostol in low- and middle-income countries. *J Obstet Gynaecol Can*. [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2021]; 42(12):1532-1542. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.04.006>.
9. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2017 [citado 23 mai 2019]; 22(2):653-660. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.
10. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). *Rev Saude Sex Reprod*. [Internet]. 2006 [citado 02 jun 2019]; 26:1-10. Disponível em: https://www.academia.edu/download/42658748/Estimativas_de_aborto_induzido_no_Brasil20160213-1986-137zu62.pdf.
11. Menezes GMS, Aquino EML, Fonseca SC, Domingues RMSM. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2021]; 36(supl.1):e00197918. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197918>.
12. Maranhão. Resolução CIB/MA n. 44/2011 de 16 de junho de 2011. [Internet]. Dispõe sobre a conformação das Regiões de Saúde. São Luís. Acesso em: 30 mai 2019. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/arquivos/RESOLUCAO_CIBMA_44_2011.pdf.
13. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med*. [Internet]. 2000 [citado 04 jun 2019]; 19(3):335-51. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(20000215\)19:3<335::AID-SIM336>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(20000215)19:3<335::AID-SIM336>3.0.CO;2-Z).
14. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. [citado 11 jun 2019]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares. [citado 17 abr 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qjima.def>.
16. Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMDS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2010 [citado 04 jun 2019]; 32(3):105-111. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000300002>.
17. Souza MG, Fusco CLB, Andreoni AS, Silva RDS. Prevalência e características sociodemográficas de mulheres com aborto provocado em uma amostra da população da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2014 [citado 17 abr 2019]; 17(2):297-312. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020002>.
18. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2016 [citado 03 mai 2019]; 50(s2):14s. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006176>.
19. Faúndes A. A importância de discutir abertamente o problema do aborto para a proteção e promoção da saúde da mulher. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2020]; 36(supl.1):e00003920. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00003920>.
20. Löwy I, Corrêa MCDV. The “abortion pill” misoprostol in Brazil: women’s empowerment in a conservative and repressive political environment. *Am J Public Health*. [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2021]; 110(5):677-684. DOI: 10.2105/AJPH.2019.305562.
21. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2012 [citado 15 jul 2021]; 17(7):1671-1681. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n7/1671-1681/>.
22. Adesse L, Silva KSD, Bonan C, Fonseca VM. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. *Saude Debate*. [Internet]. 2015 [citado 08 jun 2019]; 39:694-706. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030011>.
23. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Cienc Saude Colet*. [Internet]; 2012 [citado 08 jun 2019]; 17(7):1795-1804. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700018>.
24. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. [Internet]. 2012 [citado 08 jun 2019]; 379(9816):625-632. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8).
25. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2016 [citado 08 jun 2019]; 21(2):563-572. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>.
26. Talib R, Citeli MT. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). Dossiê. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2005 [citado 08 jun 2019]. Disponível em: <http://catolicas.org.br/wp-content/uploads/2005/01/Caderno-DossieAbortoLegal.pdf>.
27. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2012 [citado 08 jun 2019]; 17:1755-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700014>.

Recebido em junho de 2020.

Aceito em julho de 2021.